

Komplikasyonlar: Olmaz Olmaz Deme, Olmaz Olmaz

Effie Singas, MD and Dana Lustbader, MD
Çeviri: Doç. Dr. Belgin Akan

ÖNEMLİ NOKTALAR

- 1 ICU hastalar için tehlikeli yerler olabilir.
- 2 Pek çok ICU hastası hastane kaynaklı enfeksiyonlar, ilaç hataları ve işlemlere bağlı komplikasyonlar ile karşı karşıya kalır.
- 3 Komplikasyonlar morbidite ve mortaliteyi artırır.
- 4 ICU komplikasyonları, hasta verilerinin bir bütün olarak ele alınması, hekimin orderi bilgisayardan girmesi, iyi el hijyeni sağlanması, girişimlerin ultrason eşliğinde yapılması, ICU monitörizasyonunun uzaktan kontrolü, kontrol listelerinin ve standardize tedavi protokollerinin kullanılması ile önlenabilir.
- 5 Bir hata olursa hekim o hatayı açıklamalı, kayıtlardaki hatayı belgelenmeli ve bu hatalardan kaynaklanan herhangi bir komplikasyon uygun şekilde tedavi edilmelidir.

GİRİŞ

Hastaneler tehlikeli yerlerdir. Uzmanlar her yıl meme kanseri, AIDS veya araba kazasında ölenlerden daha fazlasının, hemen hemen 100.000'den fazla insanın, hastanelerde gerçekleşen tıbbi hatalar nedeniyle öldüğünü tahmin etmektedirler. ICU'ler özellikle zorlu yerlerdir. Primer ICU ekibi yanında hasta bakımı ile ilgilenen bir ya da daha fazla konsültan hekim de içeren çok sayıda tıbbi personel bulunur. Kritik hastalığı bulunan hastalar, ilaç etkileşimi ve advers olay riskini artıracak şekilde çok sayıda ilaç tedavisine ve sık girişime maruz kalırlar. Tıp eğitiminde stajyer doktorların haftalık çalışma saatlerini azaltan son eğilimler devir teslim sayısını da artırarak daha fazla iletişim hatası olmasına yol açtı.

Giderek karmaşık hal alan bu ortamda komplikasyonlar da olacaktır. Bunlar riskli ve sonuçları ağır olabilir. Kritik hastalıkta komplikasyonlar morbidite ve mortaliteyi artırır. Dahası kamunun, doktorlara ve bir bütün olarak tıbbi sistemlere olan güvenini

sarsar. Sonuç olarak, giderek artan karmaşık medikal sistemlerde hekimler stres ve kendine güven kaybı yaşayabilirler. Bir çalışmada 10 yataklı bir yoğun bakım ünitesinde günde iki ciddi hata yapıldığı tahmin edilmiştir. Bu çalışmada ilaç ilişkili olanların ciddi hataların %78'ini oluşturduğu bildirilmiştir.¹ Tıbbi hata; genellikle planlanan eylemin amaçlandığı gibi sonuçlanmasında eksiklik (örn; uygulama hatası), bir amaca ulaşmak için yanlış planlama (örn; planlama hatası) veya hastanın altta yatan durumundan çok bir tıbbi müdahalenin neden olduğu hasardan kaynaklanan advers olay olarak tanımlanır.² Yeni bir çalışmada ise 1369 hasta için 1192 tıbbi hata, hastaların %27'sinde ise en az bir tıbbi hata bildirildi. İki ya da daha fazla advers olaya sahip hastalarda genel mortalite ise üç misli daha fazla idi.³

Dönüm noktası olan ve Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine) tarafından yayınlanan olan 'herkes hata yapar' adlı rapor, problemin ve tıbbi hatanın maliyetinin büyüklüğünü vurguladı. Rapor, hasta

TARTIŞMA

Yoğun bakım ünitesi, hastalarımız için karmaşık ve tehlikeli bir yerdir. Hastaların durumu kritiktir, pek çok ilaç tedavisi, invaziv yollar ve prosedürlerle 7/24 multidisipliner bakım gerektirir. Bu bölüm, ICU'deki hastalarda en sık karşılaşılan komplikasyonları özetlemektedir. Birçok hastane komplikasyonu, iyi iletişim, gözetim ve eğitimle önlenabilir. Hastaneler, havaalanları ve restoran zincirleri gibi diğer endüstri kollarından ödünç aldıkları yöntemler ve güvenlik kontrol listelerini sağlık bakım ortamının güvenilirliğini artırmak için adapte etmişlerdir.¹⁵ Kritik hastaya daha hızlı müdahale etmek için tıbbi müdahale ekiplerinin oluşturulması, daha sıkı denetim amacıyla uzaktan monitörizasyon (örn. Tele-ICU) ve kritik bakım paket ve protokollerinin geliştirilmesi ICU'lerdeki hastalarımızın güvenliğini arttırmak için kullanılan yöntemlerin bazılarıdır. Kritik soru, etkili ve kaliteli sağlık bakım önlemlerinin her hasta için her zaman uygulanabilir hale ne zaman geleceğidir.

REFERANSLAR

1. Rothschild JM, Landrigan CP, Cronin JW, et al. The Critical Care Safety Study: the incidence and nature of adverse events and serious medical errors in intensive care. *Crit Care Med.* 2005;33:1694-1700.
2. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To Err is Human: Building a Safer Health System.* Washington, DC: National Academy Press; 1999.
3. Garouste-Orgeas M, Tisit JF, Vesin A, et al. Selected medical errors in the intensive care unit. Results of the IATROREF Study: Parts I and II. *Am J Resp Crit Care Med.* 2010;181:134-142.
4. Peleg AY, Hooper DC. Hospital acquired infections due to gram-negative bacteria. *N Engl J Med.* 2010;362:1804-1813.
5. Latif A, Rawat N, Pustavoitau A, et al. National study on the distribution, causes and consequences of voluntarily reported medication errors between the ICU and non-ICU settings. *Crit Care Med.* 2013;41:389-398.
6. Herout P, Erstad BL. Medication errors involving continuously infused medications in a surgical intensive care unit. *Crit Care Med.* 2004;32:428-432.
7. Van Den Berghe G, Wouters P, Weekers F, et al. Intensive insulin therapy in critically ill patients. *NEJM.* 2001;345:1359-1367.
8. Wiener RS, Wiener DC, Larson RJ. Benefits and risks of tight glucose control in critically ill adults. *J Am Med Assoc.* 2008;300:933-944.
9. Wilmer A, Louie K, Dodek P, et al. Incidence of medication errors and adverse drug events in the ICU: a systematic review. *Qual Saf Health Care.* 2010;19:e7.
10. Maslove DM, Rizk N, Lowe HJ. Computerized physician order entry in the critical care environment: a review of current literature. *J Intensive Care Med.* 2011;26:165-171.
11. Lakticova V, Koenig SJ, Narasimhan M, et al. Video laryngoscopy is associated with increased first pass success and decreased rate of esophageal intubations during urgent endotracheal intubation in a medical intensive care unit when compared to direct laryngoscopy. *J Intensive Care Med.* 2013;00:1-5.
12. Mayo PH, Hegde A, Eisen LA, et al. A program to improve the quality of emergency endotracheal intubation. *J Intensive Care Med.* 2011;26:50-56.
13. Landrigan CP, Rothschild JM, Cronin JW, et al. Effect of reducing Interns' work hours on serious medical errors in intensive care units. *N Engl J Med.* 2004;351:1838-1848.
14. Iezzoni L, Rao SR, DesRoches CM, et al. Survey shows that at least some physicians are not always open or honest with patients. *Health Aff.* 2012;31:383-391.
15. Gawande A. *Big Med.* The New Yorker; 2012.